

Tartu Ülikool
Psühholoogia instituut

Kristiina Kästik

**INIMESTE HOIAKUD
KOMPLEMENTAAR- JA ALTERNATIIVMEDITSIINI MEETODITE
KASUTAMISEL**

Uurimistöö

Juhendajad:

Karin Täht, PhD

Toivo Aavik, PhD

Läbiv pealkiri: Hoiakud komplementaar- ja alternatiivmeditsiinis

Tartu 2017

INIMESTE HOIAKUD KOMPLEMENTAAR- JA ALTERNATIIVMEDITSIINI MEETODITE KASUTAMISEL

Lühikokkuvõte

Käesolev uurimustöö keskendub küsimustele, kas teatud demograafiliste ning tervislikust seisundist tulenevate tunnustega inimesed kasutavad teistest rohkem komplementaar- ja alternatiivmeditsiini meetodeid. Uuringu küsimustikku täitsid 135 inimest (N=102; M=23). Vastajate hulgas oli 65 tervet inimest vanuses 18-74 a (M=47,29; SD=13,65) ning 70 raske või kroonilise haiguse diagnoosiga inimest vanuses 29-79 (M=51,8; SD =13,019). Hüpoteeside kontrollimiseks kasutati T-testi, Pearsoni korrelatsiooni ning dispersioonianalüüsi (One-way ANOVA) keskmiste võrdlemiseks. Tulemusena selgus, et KAM-meetodeid kasutavad rohkem naissoost ja terved inimesed. KAM-meetodite kasutamisel lähtudes inimeste haridustasemest ja vanusest statistilisi erinevusi ei olnud.

Märksõnad: Komplementaar- ja alternatiivmeditsiin, vanus, sugu, haridustase, tervislik seisund.

ATTITUDES TOWARDS USING THE METHODS OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE

Abstract

Current thesis concentrates on question, whether people with certain demographic and health characteristics tend to use more complementary and alternative medicine methods compared to others. The relevant questionnaire was completed by 135 people (102 female and 23 male). Among them were 65 healthy people between ages 18-74 (M=47,29; SD=13,65) and 70 people diagnosed with chronic or severe disease between ages 29-79 (M=51,8; SD=13,019). T-Test, Pierson's correlation and dispersion analysis (One-way ANOVA) were used to compare the mean values. According to the results the methods of complementary and alternative medicine were used more by women and by healthy people. There were no statistical differences in educational level or age.

Keywords: complementary and alternative medicine, age, sex, education, health condition.

Sissejuhatus

Viimaste aastate olukorda nii Eesti meditsiinis kui ka ühiskonnas laiemalt iseloomustab asjaolu, et komplementaarse ja alternatiivse meditsiini (edaspidi KAM) populaarsus on tõusutrendis. Seda nähtust on püütud põhjendada nii pikkade ravijärjekordadega tavameditsiinis kui ka internetiajastuga saabunud olukorraga, kus igasugune informatsioon on inimestele kergesti kättesaadav ja abiotsimise kanaleid ning võimalusi seetõttu väga palju.

KAM-temaatika on muutumas järjest aktuaalsemaks nii teaduskirjanduses kui ka tavameedias ning selle kasutamist ja tõhusust on viimastel aastatel hakatud järjest rohkem teaduspõhiselt uurima (Harris, Cooper, Relton, Thomas, 2012). Käesoleva töö kirjutamise ajal on see valdkond ka Eesti ühiskonnas tihti diskussiooniks. Paari näitena saab siinkohal välja tuua 15. märtsil ETV eetris olnud populaarse päevapoliitika saate “Suud puhtaks”, mis keskendus alternatiiv- ja tavameditsiini sidumise võimalikkusele ning Eesti Päevalehes 18. märtsil ilmunud intervjuu rahvusvaheliselt tunnustatud lastearsti Adik Leviniga, kes arutles alternatiiv- ja tavameditsiini ühildamisest just medikute vaatevinklist.

Aktiivsest diskussioonist hoolimata on KAM-valdkonnas siiani palju vastamata küsimusi. Kas on võimalik teaduspõhiselt tõendada, et KAM tõepoolest aitab inimestel terveneda või haigusi ära hoida? Missugused ravimeetodid nende mõistete alla liigituvad? Kas KAMi saab ja tohib kombineerida tavameditsiiniga? Kas see valdkond peaks olema riigi tasandil reguleeritud? Kas teatud kindlate demograafiliste või isiksuseomadustega inimesed kasutavad võrreldes teistega rohkem KAM-meetodeid? Neile ja teistele küsimustele alles otsitakse vastuseid.

Komplementaar- ja alternatiivmeditsiini definitsioonid

Eesti meditsiinis ega ka rahvusvahelisel tasandil ei ole hetkel ühest definitsiooni ega kokkulepet selles osas, mida tähendab mõiste “alternatiivmeditsiin”, mida tähendab mõiste “komplementaarmeditsiin” ning missugused ravimeetodid kummagi termini alla kuuluvad. Tartu Ülikooli Hematoloogia- ja Onkoloogiakliiniku onkoloog dr Peeter Padrik on öelnud, et komplementaar- ja alternatiivmeditsiin on see, mis ei

kuulu tõenduspõhise meditsiini alla. Neid kahte terminit omakorda saab laiemas plaanis eristada selle järgi, et alternatiivmeditsiini kasutatakse tõenduspõhise meditsiini asemel, komplementaarset meditsiini aga tõenduspõhisele meditsiinile lisaks (Padrik, 2015). Komplementaarse meditsiini alla kuuluvad näiteks manuaalteraapiad, nõelravi, dieedid, taimsed ja loomsed ained, antioksidandid jne. Alternatiivse meditsiini all peavad nii meditsiinitöötajad kui ka tavainimesed reeglina silmas peamiselt sensitiive ja nn selgeltnägijaid-ravitsejaid. Kuna aga erinevate KAM-meetodite kategoriseerimine ei ole paigas, kasutatakse erialakirjanduses reeglina mõlemaid termineid koos: komplementaar- ja alternatiivmeditsiin ehk KAM (*complementary and alternative medicine, CAM*).

Teadusajakirjanduses on kasutusel mitmeid erinevaid KAM-definitsioone, kuid kõige enam viidatakse Ameerika Ühendriikides loodud National Centre for Complementary and Alternative Medicine keskuse poolt välja töötatud definitsioonile: KAM koosneb erinevatest meditsiini- ja tervishoiusüsteemide gruppidest, praktikatest ja toodetest, mida hetkel ei peeta tavameditsiini alla kuuluvaks (Bishop, Lewith, 2010; Barnett, Shale, 2013).

Antud valdkonna mitmetes teadusartiklites on mainitud ka seda, et praegu levinud kaheosaline jaotus (komplementaar- ja alternatiivmeditsiin) ei ole piisav ning just tõendamise ning adekvaatsete uuringute läbiviimise eesmärgil tuleb luua täpne terminoloogia ning kategoriseerida see vastavalt ravimeetodite sisule (Frass jt, 2012; Molassiotis jt, 2015). Frass (2012) on pakkunud välja viieastmelise kategoriseeringu, mis mitmetes teadusartiklites on juba kasutusel ning mis jaotub alljärgnevalt:

1. terviklikud ravimeetodid (*whole medical systems*) - akupunktuur, ajurveda, homöopaatia, hiina meditsiin jne.
2. bioloogial baseeruvad ravimeetodid - aroomiteraapia, ravimtaimed jne.
3. energia meditsiin (energy medicine) - valgusteraapia, reiki jne.
4. manipulatiiv- ja kehal põhinevad teraapiad - kiiropraktika, massaaž, refleksoloogia jne
5. mind-body teraapiad - hüpnoos, jooga, shiatsu, meditatsioon jne.

Mõistete ja terminoloogia puudulikkus KAM'is on ka üks peamisi põhjuseid, miks seda valdkonda on senini olnud metoodiliselt keeruline uurida ning uurimistulemusi võrrelda. Täpselt lahti defineerimata termineid on võimalik väga erinevalt mõista nii uuringute läbiviijatel, vastajatel, meditsiinipersonalil kui ka laiemal üldsusel. Seega

peab järgmiseks sammuks antud valdkonnas olema mõistete standardiseerimine ning ravimeetodite liigitamine (Frass jt, 2012).

Kas KAM-meetodeid kasutavad rohkem terved või haiged inimesed?

Laiema üldsuse hulgas on levinud arvamus, et KAM-meetodite kasutajateks on valdavas enamuses mõnd kroonilist või rasket haigust põdevad inimesed. Põhjuste näidetena tuuakse välja olukorrad, kus tavameditsiin enam patsienti aidata ei suuda ning inimesed haaravad igast võimalusest, et terveneda või haiguse kulgu peatada; samuti ka pettumust tavameditsiinis või siis pikkade ravijärgkordade olemasolu (Ben-Arye jt, 2012; Fischer jt, 2014).

Sellel teemal on viimasel aastakümnel läbi viidud ka mitmeid laiapõhjalisi uuringuid üle maailma. 2012 aastal viidi läbi tervete ning haigete inimeste hulgas KAM-võimaluste kasutamise võrdlemisele ja erisustele keskendunud uuring, mille tulemusena jõuti järeldusele, et KAM-meetodite kasutajaid on rohkem just tervete ning tervislikke eluviise viljelevate inimeste seas (Frass jt, 2012). Uuring viidi läbi kümnes erinevas riigis üle maailma ja selles osales üle 15 000 inimese. Terveteks kvalifitseerusid selles uuringus inimesed, kes ei tarvitanud medikamente, kes ei saanud küsitluse läbiviimise ajal ravi raskete või krooniliste haiguste tarbeks ning kellel ei olnud viimase 12 kuu jooksul olnud iseenese hinnangul füüsilisi või psüühilisi probleeme. Lisamärkustena toodi välja, et kõige kõrgem protsent KAM-võimaluste kasutajaid oli inimeste hulgas, kes pidasid ise oma tervislikku seisundit kas heaks või väga heaks (Frass jt, 2012).

Uuringute põhjal, mis keskenduvad inimeste üldisemale tervislikule seisundile ning KAM-võimaluste kasutamise vahelistele seostele, saab küll tõmmata seoseid kroonilisi haigusi põdevate inimeste ning KAM-võimaluste sagedasema kasutamise vahele (Bishop, Lewith, 2010). Teisisõnu saab öelda, et raske haiguse diagnoos ei ole kindlasti alati tunnuseks, millised inimesed rohkem KAM-võimaluste poole pöörduvad, küll aga võib seda seost näidata kroonilise haiguse diagnoos, mis sunnib inimest aastast aastasse elama teatud meditsiinilise kaebusega, mis ei ole otsene oht tema elule (konstantne valu, liikumiskiirangud vms,) kuid mis ei lase elu täisväärtuslikult elada ning seab kitsendusi igapäevatoimingutele (Honda, Jacobson, 2005).

On läbi viidud ka uuringuid teemal, kas KAM-võimaluste kasutamine võib olla seoses inimese enda ettekujutusega tema tervislikust olukorrast ning mis ei sõltu meedikute

poolt pandud diagnoosist (Bishop, Lewith, 2010). Nende uuringute tulemuste pinnalt aga ei ilmnenu märkimisväärsed seosed.

Üks oluline erisus haigete ja tervete inimeste KAM-meetodite kasutamise vahel seisneb ka nende elukohariigi arengutasemes. Riikides, kus arstiabi on raskesti kättesaadav või pole seda teatud piirkondades üldse, kasutatakse KAM-meetodeid peamiselt eesmärgiga ravida raskeid haigusi. Arenenud riikides, kus tavameditsiin on kõrgel tasemel ning elanikele kättesaadav, on KAM-võimaluste kasutajate hulgas rohkem terveid inimesi, kes kasutavad neid eesmärgiga oma tervist heas seisukorras hoida ja/või haiguste tekkimist edasi lükata (Chua, Furnham, 2008; Harris jt 2012).

Enamike laiapõhjaliste uuringute läbiviijad rõhutavad artiklites asjaolu, et antud valdkond on järjest aktuaalsemaks muutuv, kuid selleks, et tulevikus oleks võimalik leida konkreetsemaid ja tõendatavaid võrreldavaid seoseid, on vaja ühtlustada nii mõisted (üheselt defineerida KAM ning selle alla kuuluvad meetodid) ning samuti kaasata uuringutesse see pool, mis tuvastab inimeste harjumusi tavameditsiini võimaluste kasutamises (Bishop, Lewith, 2010; Frass jt, 2012; Robinson, Chesters, Cooper, McGrail, 2007).

Kas demograafilised tunnused (vanus, sugu ja haridus) on määravaks KAM-meetodite kasutamisel?

Viimastel aastakümnetel on üldsuse huvi KAM'i kasutamise vastu liikunud tõusvas trendis ning sellega samaaegselt toimub ühiskonnas debatt teemal, kas KAM'i alla kuuluvad ravimeetodid ka kliiniliselt mingit efekti omavad. Erinevad arvamused võivad sõltuvad paljudest faktoritest nagu inimese sugu, rahvus, vanus, haridustase, elukutse, sissetulekute suurus jne ning erinevused on ka geograafilised. Näiteks saksa keelt kõnelevates riikides on homöopaatia ning akupunktuuri kasutamine kordades populaarsem võrreldes teiste Euroopa riikidega (Frass jt, 2012). Kuid kas on olemas teatud demograafiliste tunnuste kandjad, kes on altimad KAM-meetodeid kasutama?

10 erinevat riiki ning üle 15 000 vastajat hõlmanud multivariatiivse uuringu tulemustes toodi välja, et erinevused KAM-meetodite kasutajate vahel ilmenvad kõige tugevamalt just nimelt soos, vanuses ning haridustasemes (Harris jt, 2012). Märkimisväärselt rohkem kasutavad KAM-meetodeid naised (Furnham, 2007). Vanusegruppidest on kõige altimad KAM-meetodeid kasutama keskealised ning haridustaseme poolest kõrgema haridustasemega inimesed (Harris jt, 2012; Molassiotis jt, 2005; Jacobsen, Fonnebo, Foss, Kristoffersen 2015; Clarke, 2015;

Smith jt, 2008). Uuringute tulemustes mainiti ka seda, et kõrgemat KAM-kasutamise taset võib täheldada ka kõrgema sissetulekuga inimeste hulgas, kuid see korrelatsioon oli nõrgem kui eelpool välja toodud kolme tunnuse puhul. Seda võib selgitada asjaolu, et kõrgema haridustasemega inimestel on reeglina ka kõrgem sissetulek ning sellest tulenevalt rohkem võimalusi endale KAM-meetodite kasutamist lubada. Samuti mainiti, et suuremale KAM-kasutamise tasemele viitavad ka teatud ühiskondlikud ja kultuurilised liikumised nagu feminism, environmentalism, spirituaalsus ning armastus võõrapärase ja eksootilisel järele (Frass jt, 2012; Garcia, Skillmann, Dvorak, 2012).

Suurbritannias läbi viidud uuringus (Bishop, Lewith, 2008) uuriti korraga nii KAM-kasutajate demograafilisi tunnuseid kui ka nende tervislikku seisundit KAM-meetodite kasutamise ajal. Ka selle uuringu tulemuste kohaselt on valdav enamus KAM-kasutajaid naissoost, keskeas ning kõrgema haridusega. Tervisliku seisundi osas ilmnes, et KAM-kasutajatel võib olla mõningaid tervisehädasid, kuid nende seas ei ole rohkem raske või kroonilise haiguse põdejaid või inimesi, kes hindavad oma tervist halvaks (Bishop, Lewith, 2008). Uuringu läbiviijad tulid järeldusele, et nii demograafilised kui terviseseisundist tulenevad põhjused mõjutavad KAM-kasutamist eraldiseisvalt ning omavahelist seost nende vahel ei ole.

Kui haridustaseme ning soo lõikes vastupidiseid arvamusi ei olnud, siis vanuse osas võib leida artikleid, kus väidetakse, et suurem osa KAM-kasutajatest on noored inimesed (Molassiotis jt, 2005). Probleemid ilmnevad vanuse faktori juures selles, et erinevates uuringutes määratletakse keskiga väga erinevalt. Kõikides viidatud artiklites, mis seda valdkonda käsitlevad, keskenduti küll täisealistele inimestele, st vähemalt 18-aastastele inimestele, kuid keskiga määratleti erinevalt, näiteks 18-64 a, 18-80 a, 45-50 a, 45-75 a (Bishop, Lewith, 2010).

Uurimustöö eesmärk ja hüpoteesid

Käesoleva seminaritöö peamiseks eesmärgiks on uurida inimeste hoiakuid komplementaar- ja alternatiivsesse meditsiini. Töö kirjutamise ettevalmistava osana viis töö autor läbi küsitluse KAM'i kohta käivate hoiakute teemal. Küsitlus viidi läbi nii tervete inimeste kui ka raske või kroonilise haiguse diagnoosi omavate patsientide hulgas.

Küsitluse rõhuasetus oli järgmistel aspektidel: milliste demograafiliste tunnustega inimesed kasutavad KAM-meetodeid; kas ja milliseid KAM-võimalusi inimesed on

kasutanud või võimalusel kasutaksid; kas nende võimaluste kasutamist arutatakse läbi ka oma raviarstiga ning millised on KAM'i poole pöördumise peamised põhjused.

Lähtuvalt töö eesmärgist püstitati järgmised hüpoteesid:

H1: Raske või kroonilise haiguse diagnoosiga inimesed kasutavad rohkem KAM-meetodeid kui terved inimesed.

H2: Naised kasutavad rohkem KAM-meetodeid kui mehed.

H3: Vanemad inimesed kasutavad rohkem KAM-meetodeid kui nooremad inimesed.

H4: Madalama haridustasemega inimesed kasutavad rohkem KAM-meetodeid kui kõrgema haridustasemega inimesed.

Meetod

Valimi põhjendus ja kirjeldus

Kuna üks käesoleva seminaritöö eesmärkidest on uurida, kas raske või kroonilise haiguse diagnoosi omavate inimeste hulgas on rohkem KAM-võimaluste kasutajaid kui tervete hulgas, küsitles töö autor andmete kogumise eesmärgil kahte eraldiseisvat valimigruppi - patsiente ehk inimesi, kellel on raske või kroonilise haiguse diagnoos ning terveid inimesi.

Raske või kroonilise haiguse diagnoosiga patsientide all mõeldakse antud valimi kontekstis neid inimesi, kellel on oma haigusest tulenevalt kestvad piirangud või ebamugavused, mis halvendavad tugevalt inimese elukvaliteeti (valud, liikumispiirangud jne) ning millest üldjuhul ei paraneta.

Tervete inimeste all uuriti antud valimi kontekstis neid, kes peavad endid omaenese hinnangul terveteks ning kellele ei ole tavameditsiini arstide poolt määratud haiguse diagnoosi.

Valimisse kuulusid täisealised inimesed vanuses alates 18 eluaastast. Vanuse ülemist piiri valimis ei märgitud. Muid piiranguid või välistavaid asjaolusid ei eksisteerinud.

Uuringu küsimustikku täitsid 135 inimest ($N=102$; $M=23$). Vastajate hulgas oli 65 tervet inimest vanuses 18-74 a ($M=47,29$; $SD=13,65$) ning 70 raske või kroonilise haiguse diagnoosiga inimest vanuses 29-79 ($M=51,8$; $SD=13,019$).

Küsimustik

Uurimustöö läbiviimiseks koostas töö autor koos kaastudeng Anna Makarovaga küsimustiku, mille abil uurida valimisse kuuluvate inimeste hoiakuid KAM-meetoditesse ning nende kasutamisse. Eesmärgiks oli kokku panna Eesti keskkonda sobiv küsitlus, mis ei oleks liialt pikk ning keskenduks nendele KAM-meetoditele, mis on Eestis kättesaadavad.

Küsimustiku koostamiseks töötas autor läbi mitmeid teadusartikleid, kus kirjeldati erinevaid KAM-meetoditele keskendunud uuringuid. Väga palju on taolisi küsimustikke kasutatud Ameerika Ühendriikides läbi viidud uuringutes, kuid nendes käsitletud KAM-meetodidest mitmeid Eestis kas ei tunta üldse või on nad kultuuriliselt raskesti omaksvõetavad (nt puuvõõrik, haikõhred jms) (Ebel, Rudolph, Keinki, Hoppe, Muecke, 2015). Lisaks soovis autor küsimustikku lisada Eesti meedias hiljaaegu palju kõlapinda saavutanud MMS-meetodi, mis ei olnud mainitud üheski teadusartiklis. Seega ei olnud võimalik teha ühe konkreetse juba väljatöötatud küsimustiku otsetõlget vaid tuli koostada sümbioos erinevatest küsimustikest. Kõige rohkem oli valminud küsimustikule eeskujuks artiklis “Perceptions and Attitudes of Clinical Oncologists on Complementary and Alternative Medicine” kasutatud küsimustik (Hyodo jt, 2003). Selle abil ei uuritud küll mitte tavainimesi ja patsiente, vaid onkolooge, kuid selle küsitluse ülesehitus ja meetodite loetelu oli kõige lähedasem versioonile, mida uurimistöös kasutati.

KAM-meetodite valiku tegemisel, mida küsimustikus välja tuua, konsulteeris autor ka kahe Eestis praktiseeriva onkoloogiga, kes andsid oma kogemuse pinnalt soovitusi, missuguseid KAM-meetodeid nende hinnangul Eesti patsiendid kasutavad ja mis võiks seetõttu küsimustikus kajastuda.

Küsimustikku levitati Tartu Ülikooli psühholoogia instituudi internetipõhiste uuringute veebilehe Kaemus veebilingina. Kahele valimigrupile, tervetele inimestele ning patsientidele saadeti eraldi linkidel küsimustik, mis oma sisult oli identne. Et jõuda võimalikult paljude inimesteni, kellel on raske või kroonilise haiguse diagnoos, otsustas töö autor kasutada patsientide liitude abi. Selleks kontakteeruti eelnevalt 32 patsiendiliidu esindajaga e-maili või telefoni teel ning küsiti nõusolekut küsimustiku levitamiseks oma liikmeskonna hulgas. Tagasiside liitudel oli väga erinev. Oli paar erialaliitu, kellelt ei tulnud mingit vastust ning kaks liitu keeldusid küsimustikku edasi saatmast. Enamus liitudest nõustus küsimustiku edastamisega oma liikmetele nii

meilitsi kui ka kodulehele lingi lisamisega. Viis erialaliitu tulid vastamisega kaasa väga aktiivselt, tehes omapoolseid ettepanekuid küsimustiku põhjalikumaks muutmise osas (mis küll antud uurimustöö konteksti ja eesmärgi silmas pidades ei realiseerunud) ning andsid ka omapoolse positiivse hinnangu taolise küsitluse läbiviimisele, pidades seda antud valdkonnas Eesti ühiskonnas oluliseks teemaarenduseks.

Kuna valimisse kuulusid ka patsiendid, oli oluline tagada võimalike delikaatsete andmete konfidentsiaalsus ning küsimustiku eetiliste nõuete täitmine. Seetõttu taotles töö autor koos kaastudeng Anna Makarovaga küsimustiku levitamiseks ja uuringu läbiviimiseks vastava loa Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteelt (luba nr 258/T-24). Eetikakomitee palvel kaasati loa taotlemise protsessi ka praktiseeriv arst-onkoloog, kes aitas lahti selgitada küsimustikus kasutatavate KAM-meetodite definitsioonid ning juhendas küsimustiku kokkupanemist lähtuvalt praktiseeriva raviarsti seisukohast.

Kui eetikakomitee oli uuringu läbiviimiseks loa väljastanud, edastas töö autor küsimustiku nendele patsientide liitudele, kes olid eelnevalt andnud nõusoleku küsimustikku oma liikmeskonna hulgas levitada (nt Neeruhaigete Liit, Leukeemiahaigete Liit, HIV-positiivsete võrgustik, Parkinsoniliit jne). Liitude ammendav nimekiri on välja toodud käesoleva töö lisas nr 2.

Osad patsientide liidud, kes olid nõus oma liikmetele küsimustikku edastama, palusid ka paberkandjal ankeete, kuna arvasid, et paljud nende liikmed kas ei kasuta internetti või on meelsamini nõus vastama paberil olevale ankeedile. Need ankeedid (arvuliselt ca 30 tk) sisestas töö autor hiljem manuaalselt.

Tervete inimeste valimigrupi küsimustikku levitas töö autor e-maili ning sotsiaälvõrgustike (peamiselt FaceBook) teel. Küsimustike levitamine toimus samaaegselt ning küsimustikule sai vastata kolme kuu jooksul.

Nii online- kui paberkandjal oleva küsimustiku esimesel lehel teavitati katseisikuid sellest, mis eesmärgil uuringut läbi viiakse. Eraldi olid välja toodud KAM-definitsioonid ning orienteeruv aeg, mis küsimustiku täitmiseks keskmiselt kuluda võiks. Vastuseid salvestati anonüümselt. Täidetud küsimustikku võeti kui nõusolekut osaleda uurimuses.

Küsimustiku esimeses osas küsiti vastajatelt nende demograafilisi andmeid (sugu, vanus, perekonnaseis, elukoht, kõrgem lõpetatud haridustase ja töövaldkond). Teises osas küsiti vastajatelt, milliseid KAM-meetodeid nad on kasutanud või kasutavad

praegu. Kolmandas osas küsiti, milliseid KAM-meetodeid inimesed kasutaksid, kui neil oleks selleks võimalus. Teises ja kolmandas osas loetletud KAM-meetodid olid identsed. Valikus oli 12 meetodit ning nende kasutuse kohta sai vastata viieastmelisel skaalal. Iga meetodi all oli võimalus vastust kommenteerida. Küsimustik on täies mahus välja toodud töö lõpus Lisana nr 1.

Andmete analüüs

Küsitluste tulemusi analüüsis töö autor SPSS-programmiga (Statistical Package for Social Sciences). Kasutati T-testi, Piersoni korrelatsiooni ning dispersioonianalüüsi (One-way ANOVA) keskmiste võrdlemiseks.

Tulemused

KAM-meetodite kasutamine tervete ning raske või kroonilise haiguse diagnoosiga inimeste võrdluses

Hüpotees 1: raske või kroonilise haiguse diagnoosiga inimesed kasutavad rohkem KAM-meetodeid kui terved inimesed.

Viidi läbi sõltumatute gruppide t-test, et võrrelda, kas KAM-meetodeid valimigrupis kasutavad rohkem terved inimesed või raske või kroonilise haiguse diagnoosiga inimesed. Tulemustes ei ilmnenud statistilist erinevust ($T(123)=1,4$; $p=0,163$

- tervete inimeste KAM-meetodite kasutamises ($M=15,2$, $SD=10,45$) ning raske või kroonilise haiguse diagnoosiga inimeste KAM-meetodite kasutamises ($M=12,71$, $SD=9,39$).

KAM-meetodite kasutamine naiste ja meeste võrdluses

Hüpotees 2: naised kasutavad rohkem KAM-meetodeid kui mehed.

Viidi läbi sõltumatute valimite t-test, et võrrelda, kas KAM-meetodeid valimigrupis kasutavad rohkem naised või mehed. Tulemustes ilmnes erinevus naiste KAM-meetodite kasutamises ($M=14,86$, $SD=10,25$) ning meeste KAM-meetodite kasutamises ($M=9,56$, $SD=7,12$). $T(123)=2,34$, $p=0,02$. Keskmiste erinevus standardhälbe ühikutes ehk Cohen'i $d=0,59$.

KAM-meetodite kasutamine inimeste vanuselises võrdluses

Hüpotees 3: vanemad inimesed kasutavad rohkem KAM-meetodeid kui nooremad inimesed.

Hüpoteesi kontrollimiseks viidi läbi korrelatsioonianalüüs, mille tulemusena selgus, et puudub seos uurimuses osalejate vanuse ning KAM-meetodite kasutamise valmisoleku vahel. $r = -0,21$; $n = 125$ $p = 0,813$. Ilmes negatiivne, kuid statistiliselt mitteoluline seos.

KAM-meetodite kasutamine inimeste haridustasemete võrdluses

Hüpotees 4: madalama haridustasemega inimesed kasutavad rohkem KAM-meetodeid kui kõrgema haridustasemega inimesed.

Hüpoteesi kontrollimiseks viidi läbi dispersioonanalüüs, et võrrelda erineva haridustasemega inimeste valmisolekut KAM-meetodeid kasutada. Kuna rühmad olid väga ebavõrdse suurusega, siis ühendasime rühmad 2, 3, ja 4. Rühma 0 kuulusid kõrgharidusega inimesed ($n=85$). Rühma 1 kuulusid kesk-eriharidusega inimesed ($n=26$). Rühma 2 kuulusid keskharidusega inimesed ($n=19$). Rühma 3 kuulusid põhiharidusega inimesed ($n=3$). Rühma 4 kuulusid algharidusega inimesed ($n=2$). Analüüsi tulemusena ei ilmnenud erinevatel haridustasemetel inimeste valmisolekus KAM-meetodeid kasutada statistilist erinevust. $F(2, 122) = 1,182$ $p=0,310$.

Arutelu ja järeldused

Uurimuse tulemustena selgus, et hüpotees nr 1 (raske või kroonilise haiguse diagnoosiga inimesed kasutavad rohkem KAM-meetodeid kui terved inimesed) ei leidnud tõestust. Tulemustest ilmnes vastupidine asjaolu - KAM-meetodeid kasutavad rohkem terved inimesed, aga see erinevus polnud statistiliselt oluline. Teadusajakirjades kirjeldatud uuringud on jõudnud tulemuseni, et terved inimesed

kasutavad rohkem KAM-meetodeid kui raske või kroonilise haiguse diagnoosiga inimesed. Käesoleva uurimuse erinev tulemus nendest on tõenäoliselt põhjustatud sellest, et valimi suurus oli antud juhul väga väike, vaid 135 inimest, ning selle põhjal ei ole võimalik kaugeleulatuvaid järeldusi teha. Loomulikult on ka raske haiguse diagnoosiga inimeste hulgas palju KAM-meetodite kasutajaid, kuid Gillet'i järgi on väga suur protsent (58%) neid olnud KAM-kasutajad juba enne diagnoosi saamist (Gillet, Ientile, Hiscock, Plank, Martin, 2012). Seega võib öelda, et inimese otsus proovida või regulaarselt kasutada KAM-meetodeid ei ole põhjustatud raske haiguse diagnoosi saamisest vaid kas demograafilistest tunnustest, isiksuseomadustest või hoopiski millestki muust.

Hüpotees nr 2 (naised kasutavad rohkem KAM-meetodeid kui mehed) leidis uurimuse tulemusena kinnitust. Antud küsimuses toob huvitava asjaolu oma uurimuses välja Molassiotis (2005), väites, et naised on ka suuremad tavameditsiini võimaluste kasutajad. Nad hoolivad rohkem oma tervisest ning käivad rohkem regulaarselt arstlikes kontrollides. Seega tulevikus võiks järgnevasse selle teemalistesse uurimustesse sisse tuua ka selle aspekti, mis võrdleb inimeste KAM-meetodite kasutamise sagedust tavameditsiini võimaluste kasutamise sagedusega.

Hüpoteesid nr 3 (vanemad inimesed kasutavad rohkem KAM-meetodeid kui noored) ja hüpotees nr 4 (madala haridustasemega inimesed kasutavad rohkem KAM-meetodeid kui kõrgema haridustasemega inimesed) kinnitust ei leidnud ning statistilisi erinevusi nendes küsimustes ei olnud. Selleteemalistes teadusartiklites on väidetud, et KAM-meetodeid kasutavad rohkem vanemaealised ning kõrgema haridustasemega inimesed. Antud uurimuse puhul võib statistiliste erinevuste mitteilmnemise põhjusteks olla ka liiga väikese arvuline valim ning kõrgharidusega vastanute suur osakaal (st puudus piisav arv teistsuguse haridustasemega vastajaid).

Käesoleva uurimustöö puudustena võib esimesena välja tuua valimi väiksuse. 130 täidetud ankeeti on ebapiisav arv selleks, et oleks võimalik jõuda laiapõhjaliste, konkreetsete tulemusteni. Raske või kroonilise haiguse diagnoosiga inimesteni jõudmiseks olid patsientide liidud kindlasti väga heaks kanaliks, kuid vastanute arvu suurendamiseks oleks võinud proovida uurimusse kaasata ka raviarste ja/või meditsiiniõdesid, kes oleksid olnud nõus ankeete oma patsientide hulgas levitama.

Kui vaadelda kogumina raske või kroonilise haiguse diagnoosiga inimeste poolt täidetud ankeete, ilmneb see, et paberikandjal täidetud ankeedid olid pea eranditult kõik lõpuni täidetud, mida interneti teel vastatud ankeetide kohta öelda ei saa. Sellest võib järeldada, et teatud vanuses ning tervislikus seisundis inimestel on mugavam täita küsimustikku paberil. Ka sellele oleks võinud töö autor küsimustiku ettevalmistamisel ja levitamisel mõelda.

Analüüsides hüpoteesi nr 1 (raske või kroonilise haiguse diagnoosiga inimesed kasutavad rohkem KAM-meetodeid kui terved inimesed), oleks võinud küsimustikus olla küsimused ka selle kohta, kas ja kui tihti vastaja kasutab tavameditsiini võimalusi ja meetodeid. See oleks pakkunud põhjalikumalt informatsiooni ja analüüsivõimalust antud hüpoteesi tõendamise või ümberlukkamise juures. Samal põhjusel oleks võinud küsimustik sisaldada küsimusi ka selle kohta, miks inimesed ei kasuta KAM-meetodeid.

Tervete inimeste küsimustikku levitas autor läbi oma tutvusringkonna. Sellest võib tuleneda põhjus, miks on tegemist valdavas enamuses sarnase vanuse ning haridustasemega inimeste grupiga, mis omakorda teeb keeruliseks laiapõhjalise tulemuseni jõudmise hüpoteesides nr 3 ja 4 (KAM-meetodite kasutamine sõltuvalt inimeste vanusest ja haridustasemest).

Miks on oluline teada, missugused inimesed kasutavad KAM-meetodeid? Kuna maailm liigub kiiresti järjest suurema ja laiaulatuslikuma KAM-meetodite kasutamise suunas, siis selle informatsiooni abil on võimalik tõenäolisemalt prognoosida seda, millised on need inimgrupid, kes kasutaksid KAM-meetodeid tulevikus. See aga on oluline nii majanduslikel kui ka õigusregulatsioonilistel põhjustel. Juba praegu hinnatakse KAM-teenuste osakaalu Euroopas mitmemiljardiseks majandusharuks. Ameerika Ühendriikides, kus kogutakse selle kohta ka ametlikku statistikat, ulatub KAM-teenuste tarbimine aastas 27 miljardi dollarini. Euroopas täpsed numbrilised näitajad puuduvad, kuid kasvuprotsendilt peetakse seda suuruselt teiseks teenusevaldkonnaks (Molassiotis jt, 2005). Rääkides konkreetsemalt meditsiini valdkonnast, siis seal saab see informatsioon olla abiks meditsiinitöötajatele/nõustajatele, kes tulevikus saaksid seeläbi suunata neid inimesi neile sobivate KAM-meetoditeni juhul, kui nad peaksid haigestuma.

Samadel teemadel läbi viidud multivariatiivsete ning laiapõhjaliste uuringute analüüsijad on rõhutanud teema aktuaalsuse kasvu ning samas tõdenud, et edaspidiste uuringute läbiviimisel tuleb rakendada järjepidevaid ning ühtseid kokkuleppeid, et tagada ühtne kvaliteet ning võimalus erinevaid uuringuid omavahel võrrelda. Näiteks panema ühtselt paika küsitletavate vanuselised piirid (mis vanusest loetakse inimesi keskealiseks jne), täpsemalt kirjeldama uuringute läbiviimise metoodikaid ja vastanute protsente ning viima valdkonda sisse ühtsed definitsioonid (Bishop, Lewith, 2010).

Enamikes riikides, nagu ka Eestis, ei kata KAM-meetodite maksumust riiklik ravikindlustus ning kõik kulud tuleb tasuda tarbijal. Valmisolek selliseid kulutusi teha on kõnekas fakt inimeste jätkuvast positiivsest hoiakust KAM-meetoditesse ning usust, et nendest meetoditest saadav kasu on väärt nende maksumust. Erandina võib siinkohal tuua välja Saksamaa, kus riiklik ravikindlustus katab teatud KAM-meetodid (kiropraktika ja homöopaatia), ning mille kulutused moodustasid 2000 a märkimisväärse kümnendiku üldmeditsiinile tehtavatest kulutustest (Frass jt, 2012). Samuti ka Norra, kus 64% haiglatest pakub juba praegu patsientidele KAM-teenuseid (kõige sagedamini akupunktuuri) ning mille kulutused kaetakse näidustuste korral riiklikust ravikindlustus-süsteemist (Jacobsen jt, 2015).

Olles käesoleva töö valmimise raames rääkinud KAM-teemadel ka ca kümnekonna Eesti arstiga, võib väita, et alternatiiv- ja tavameditsiini välistav hoiak on Eesti meedikute seas iganenud. Küll aga puudub meditsiinilisel personalil ühtne arusaam sellest, missugused ravimeetodid kuuluvad KAM'i alla, missugused neist on praegusel hetkel Eestis kättesaadavad ning kas ja mida võiks patsientidele soovitada. Raskemate ja krooniliste haigustega patsiendid otsivad sageli lisaabi sümptomite leevendamise eesmärgil ning arsti-patsiendi tõhus koostöö ja kommunikatsioon võimalike lisaravi meetodite osas võib tõsta kokkuvõttes patsiendi elukvaliteeti. Probleemi olulisus seisneb muuhulgas ka selles, et arsti võimest märgata ja ennetada patsiendi soovi kasutada KAM-meetodeid tavameditsiini poolt pakutava ravi käigus, võib sõltuda ravi efektiivsus ning äärmuslikel juhtudel ka patsiendi elu (Padrik, 2015). Spetsialistid (onkoloogid, psühholoogid jt.) peaksid omama ettekujutust, mis ravi etapil võiks patsient vajada infot võimaluste kohta pöörduda ka KAM-meetodite poole ilma, et ta katkestaks haiglaravi ja kaoks pikemaks ajaks arsti vaateväljast. Eesti meediast ja onkoloogide sõnavõttudest selgub, et nad seisavad praegu tõsise

probleemi ees, kui patsiendid kas eiravad mingis ravietapis tavameditsiini ning otsustavad KAM-meetodite kasuks või kasutavad lisaks tavameditsiinile selliseid KAM-meetodeid, mis konkreetse haiguse ja raviplaani puhul on välistatud.

Maailm liigub selles suunas, et KAM-kasutajate arv suureneb nii tervete kui haigete inimeste hulgas. Seega on väga oluline, et ka meditsiinipersonali teadlikkus ja teadmised KAM-meetoditest ning kasutamisest oleksid põhjalikumad. Sellele peaks mõtlema juba meditsiinihariduse planeerimisel, mitte ainult haiglates olemasolevat personali koolitades.

Seega info selle kohta, milline on tegelikult ühiskonna suhtumine alternatiivsesse meditsiini ning missugune on alternatiivsete ravimeetodite kättesaadavus, on kasulik kõigile osapooltele.

Kokkuvõte

Käesolevas töös uuriti, kas teatud demograafiliste ning tervislikust seisundist tulenevate tunnustega inimesed kasutavad teistest rohkem komplementaar- ja alternatiivmeditsiini meetodeid. Tulemustena selgus, et KAM-meetodeid kasutavad rohkem naissoost ja terved inimesed. KAM-meetodite kasutamisel lähtudes inimeste haridustasemest ja vanusest statistilisi erinevusi ei olnud.

Kokkuvõtlikult võib öelda, et KAM-meetodite kasutamisega on seostatavad nii teatud demograafilised kui ka tervisest tulenevad faktorid. Nad mõlemad on KAM-kasutamise sõltumatud “ennustajad” ning kumbki pole teisest olulisem või suurema mõjuga.

Tänu sõnad

Soovin väga tänada Karin Tähte ja Toivo Aavikut põhjaliku ja toetava juhendamise eest kogu töö kirjutamise protsessi vältel. Samuti soovin tänada dr Annemari Ojamaad, kes andis omapoolse panuse meditsiini-valdkonna definitsioonide osas küsimustiku koostamisel. Tänan kõiki patsientide liite, kes olid nõus küsimustikku oma liikmeskonna hulgas levitama ning loomulikult olen väga tänulik kõigile neile inimestele, kes KAM-küsimustikku täitsid ning seega oma panuse uurimuse valmimisse andsid.

Kasutatud kirjandus

- Barnett J. B., Shale A. J. (2013). The Integration of Complementary and Alternative Medicine (CAM) Into the Practice of Psychology: A Vision for the Future. *American Psychological Association, Spirituality in Clinical Practice*, Vol 1(S), 26-29.
- Ben-Arye E., Schiff E., Vintal H., Agour O., Preis L., Steiner M. (2012). Integrating Complementary Medicine and Supportive Care: Patient's Perspectives Toward Complementary Medicine and Spirituality. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, Vol 18, No 9, 824-831.
- Bishop F., Lewith G. T. (2010). Who Uses CAM? A Narrative Review of Demographic Characteristics and Health Factors Associated with CAM Use. *eCAM*, 7 (1) 11-28.
- Clarke T. C., (2015). Trends in the Use of Complementary Health Approaches Among Adults: United States 2002-2012. *National Health Statistics Report*, February 10, 10-12.
- Chua S. A., Furnham A. (2008). Attitudes and beliefs towards complementary and alternative medicine (CAM): A cross-cultural approach comparing Singapore and the United Kingdom. *Complimentary Therapies in Medicine*, Vol 16, 247-253.
- Ebel M. D., Rudolph I., Keinki C., Hoppe A., Muecke R. (2015). Perception of cancer patients of their disease, self-efficacy and locus of control and usage of complementary and alternative medicine. *Clinical Oncology*, February, 141:1449-1455.
- Fischer F. H., Lewith G., Witt C.M., Linde K., Ammon K., Cardini F., Falkenberg T., Fonnebo V., Johannesen H., Reiter B., Uehleke B., Weidenhammer W., Brinkhaus B. (2014). High prevalence but limited evidence in complementary

and alternative medicine: guidelines for future research. *BioMedCentral Complementary and Alternative Medicine*, 14:46.

Frass M., Strassl R., Friehs H., Müllner M., Kundi M., Kaye A. (2012). Use and Acceptance of Complementary and Alternative Medicine Among the General Population and Medical Personnel: A Systematic Review. *The Ochsner Journal*, Vol 12, No 1, 45-56.

Furnham A. (2007). Are modern health worries, personality and attitudes to science associated with the use of complementary and alternative medicine? *British Journal of Health Psychology*. 12; 229-243.

Garcia D., Skillmann G., Dvorak R. (2012). Spirituality, Environmental Consciousness and Health Awareness and Use of Complementary and Alternative Medicine. *Advances*, Spring, Vol 26, No 1; 8-12.

Gillet J., Ientile C., Hiscock J., Plank A., Martin J. M. (2012). Complementary and Alternative Medicine use in Radiotherapy: what are patients using? *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, Vol 18, No 11, 1014-1020.

Harris P., Cooper K., Relton C., Thomas K. (2012) Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update. *The International Journal of Clinical Practice*, October, 66, 10, 924-939.

Honda K., Jacobson J. (2005). Use of complementary and alternative medicine among United States adults: the influences of personality, coping strategies and social support. *Preventive Medicine* 40, 46-53.

Hyodo I., Eguchi K., Nishina T., Endo H., Tanimizu M., Mikami I., Takashima S., Imanishi J. (2013). Perceptions and Attitudes of Clinical Oncologists on Complementary and Alternative Medicine. *Cancer*, Vol 97, No 11. 2861-2868.

Jacobsen R., Fonnebo V. M., Foss N., Kristoffersen A. E. (2015). Use of complementary and alternative medicine within Norwegian hospitals. *BioMedCentral Complementary and Alternative Medicine*, Vol 15:275.

Molassiotis A., Fernandez-Ortega B., Pud D., Ozden G., Scott J. A., Panteli V., Marguiles A., Browall M., Magri M., Selvekerova S., Madsen E., Milovics L., Bruyns I., Gudmundsdottir G., Hummerston S., Ahmad A. M., Platin N., Kearney N., Patiraki E. (2005). Use of Complementary and Alternative Medicine in Cancer Patients: A European Survey. *Annals of Oncology*, Vol 16, 655-665.

Robinson A., Chesters J., Cooper S., McGrail M. (2007). The PUC-CAM-Q: A New Questionnaire for Delving into the Use of Complementary and Alternative Medicine. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, Vol 13, No 2, 207-216.

Padrik, P. (2015). Kas usaldada arsti või ravitsejat? *Eesti Päevaleht*, 18. Märts.

Smith B., Dalen J., Wiggins K., Christopher P., Bernard J., Shelley B. (2008). Who is willing to use complementary and alternative medicine? *Explore*, November/December, Vol 4, No 6.

Lisa nr 1**Küsimustik KAM-meetodite kasutamise kohta****Vastaja andmed**

Sugu:

Vanus:

Perekonnaseis:

Elukoht: (linn, alevik, küla)

Haridustase:

- a. Kõrgharidus
- b. Kesk-eriharidus
- c. Keskharidus
- d. Põhiharidus

Töövaldkond:

1. Kas Teie haiguse diagnoos on muutnud Teie suhtumist alternatiivmeditsiini võrreldes haigestumisele eelneva ajaga?

slider-skaala nihutatava märgistusega vahemikus 1-9.
(1-kindlasti ei; 9 – kindlasti on muutnud)

2. Milliseid alljärgnevaid alternatiivseid ravimeetodeid Te olete oma haigusperioodi ajal kasutanud või kasutate praegu?
(1 –ei; 2 – pigem ei; 3 – võibolla; 4 – pigem jah; 5 – jah)

Ravimtaimed 1.....2.....3.....4.....5
(bioaktiivseid looduslikke ühendeid sisaldavad taimed (sh erinevad taime osad), mida kasutatakse taimse päritoluga ravimina või ravimite valmistamiseks)

Eridieet 1.....2.....3.....4.....5
(eridieet, mida ei ole määranud Teie raviarst, vaid millesse Te ise usute, nt taimetoitlus, orgaaniline toit, liha vältimine vms)

Meditatsioon 1.....2.....3.....4.....5
(protsess, mille käigus inimene veedab aega üksinda, olles keskendunud vaid omaenda sisemaailmale)

Vabastav hingamine 1.....2.....3.....4.....5
(aastatuhandeid vana praktika, mida kasutatakse eluenergia liigutamise, teadvuse muutmise ja füüsilise heaolu saavutamise eesmärgi)

Hüpnosis 1.....2.....3.....4.....5

(kunstlikult esile kutsutud osalise une taoline teadvuseseisund, mida iseloomustab kõrge vastuvõtlikkus sisendusele)

Homöopaatia 1.....2.....3.....4.....5
(tavameditsiinist erinev suund, mille järgi haigusi tuleb ravida nende raviainete üliväikeste annustega, mis suurtes annustes kutsuvad esile antud haigusele sarnaseid sümptomeid)

Hiina meditsiin 1.....2.....3.....4.....5
(Haiguste ennetamine ja ravi eelkõige õige toitumise, harjutuste tegemise ja loodusega kooskõlas elamise pinnal)

Akupunktuur 1.....2.....3.....4.....5
(ravimeetod, millega on võimalik mõjutada tervist ning haigusnähte stimuleerides vastavaid energiakanalite punkte (akupunkte) valu ja kannatuste leevendamise eesmärgi)

Nõelravi 1.....2.....3.....4.....5
(peente nõelte abil nn eluenergia ringlemise reguleerimine kogu inimorganismis)

Sensitiivid/ravitsejad 1.....2.....3.....4.....5
(inimesed, kellel usutakse olevat erilised võimed kliendi tervisliku seisundi parandamiseks või kliendi täielikuks tervendamiseks)

Kloordioksiid 1.....2.....3.....4.....5
(vees hästi lahustuv õhust raskem mürgine plahvatusohtlik gaas, mida tema tugevate oksüdeerivate omaduste tõttu kasutatakse valgendi ja desinfektandina)

Kanep 1.....2.....3.....4.....5
(taim, milles sisalduvad kannabioiidid ning mida kasutatakse sageli valu vaigistamise eesmärgil)

Muu

3. Milliseid alternatiivmeditsiini meetodeid Te peate otstarbekaks oma haiguse puhul kasutada, kui selleks oleks võimalus?
(1 – ei; 2 – pigem ei; 3 – võibolla; 4 – pigem jah; 5 – jah)

Ravimtaimed 1.....2.....3.....4.....5
(bioaktiivseid looduslikke ühendeid sisaldavad taimed (sh erinevad taime osad), mida kasutatakse taimse päritoluga ravimina või ravimite valmistamiseks)

Eridieet 1.....2.....3.....4.....5

(eridieet, mida ei ole määranud Teie raviarst, vaid millesse Te ise usute, nt taimetoitlus, orgaaniline toit, liha vältimine vms)

Meditatsioon 1.....2.....3.....4.....5

(protsess, mille käigus inimene veedab aega üksinda, olles keskendunud vaid omaenda sisemaailmale)

Vabastav hingamine 1.....2.....3.....4.....5

(aastatuhandeid vana praktika, mida kasutatakse eluenergia liigutamise, teadvuse muutmise ja füüsilise heaolu saavutamise eesmärgi)

Hüпноос 1.....2.....3.....4.....5

(kunstlikult esile kutsutud osalise une taoline teadvuses seisund, mida iseloomustab kõrge vastuvõtlikkus sisendusele)

Homöopaatia 1.....2.....3.....4.....5

(tavameditsiinist erinev suund, mille järgi haigusi tuleb ravida nende raviainete üliväikeste annustega, mis suurtes annustes kutsuvad esile antud haigusele sarnaseid sümptomeid)

Hiina meditsiin 1.....2.....3.....4.....5

(Haiguste ennetamine ja ravi eelkõige õige toitumise, harjutuste tegemise ja loodusega kooskõlas elamise pinnal)

Akupunktuur 1.....2.....3.....4.....5

(ravimeetod, millega on võimalik mõjutada tervist ning haigusnähte stimuleerides vastavaid energiakanalite punkte (akupunkte) valu ja kannatuste leevendamise eesmärgi)

Nõelravi 1.....2.....3.....4.....5

(peente nõelte abil nn eluenergia ringlemise reguleerimine kogu inimorganismis)

Sensitiivid/ravitsejad 1.....2.....3.....4.....5

(inimesed, kellel usutakse olevat erilised võimed kliendi tervisliku seisundi parandamiseks või kliendi täielikuks tervendamiseks)

Kloordioksiid 1.....2.....3.....4.....5

(vees hästi lahustuv õhust raskem mürgine plahvatusohtlik gaas, mida tema tugevate oksüdeerivate omaduste tõttu kasutatakse valgendi ja desinfektandina)

Kanep 1.....2.....3.....4.....5

(taim, milles sisalduvad kannabioidid ning mida kasutatakse sageli valu vaigistamise eesmärgil)

Muu

4. Kas Teie arvates tõenduspõhise meditsiini poolt pakutav ravi välistab täielikult alternatiivmeditsiini?

(1 –ei; 2 – pigem ei; 3 – võibolla; 4 – pigem jah; 5 – jah)

1.....2.....3.....4.....5

Kommentaar:

5. Kas Te konsulteerite alternatiivmeditsiini võimaluste kasutamise teemal ka oma raviarstiga?

(1 –ei; 2 – pigem ei; 3 – võibolla; 4 – pigem jah; 5 – jah)

1.....2.....3.....4.....5

Kommentaar:

6. Mis põhjusel Te otsustasite pöörduda alternatiivmeditsiini poole? (võite valida ka mitu vastusevarianti)

- a. pettumus tavameditsiinis
- b. tavameditsiini ravimeetodiga kaasnenud raskesti talutavad kõrvalnähud, sõprade soovitus
- c. sotsiaalmeedia
- d. reklaam
- e. soov kasutada paranemiseks kõiki võimalusi
- f. muu põhjus

Kommentaar:

7. Kuivõrd Te loodate, et alternatiivmeditsiin aitab Teil:

(1 –ei; 2 – pigem ei; 3 – võibolla; 4 – pigem jah; 5 – jah)

võite valida ka mitu vastusevarianti:

- a. täielikult paraneda
1.....2.....3.....4.....5
- b. haiguse edasi-arenemist peatada
1.....2.....3.....4.....5
- c. pakub toetavat ravi tavameditsiinile
1.....2.....3.....4.....5
- d. organismi üldine tugevdamine, et tavameditsiini ravi oleks kergem läbida
1.....2.....3.....4.....5

8. Millisena olete tajunud alternatiivmeditsiini mõju oma tervisele?

slider-skaala nihutatava märgistusega vahemikus 1-9.

(1-kindlasti ei; 9 – kindlasti on muutnud)

Lisa nr 2**Nimekiri Patsientide Liitudest**

1. Eesti Patsientide Esindusühing
2. Eesti Puuetega Inimeste Koda
3. Tallinna Puuetega Inimeste Koda
4. Eesti Reumaliit
5. Eesti Diabeediliit
6. Eesti Neeruhaigete Liit
7. Eesti Kopsuliit
8. Eesti Osteoporoosihaigete Liit
9. Eesti Psoriaasiliit
10. Eesti Leukeemia- ja Lümfoomahaigete Liit
11. Eesti HIV-positiivsete võrgustik
12. Eesti Sclerosis multiplexi Ühingute liit
13. Eesti Epilepsialiit
14. Eesti Lihasehaigete Selts
15. Eesti Parkinsoniliit
16. Eesti Liikumispuudega Inimeste Liit
17. Eesti Alzheimeri Tõve Ühing
18. Eesnäärmevähi Liit
19. Järvamaa vähiühing
20. Lõuna-Eesti vähiühing
21. Läänemaa vähiühing
22. Lääne-Virumaa vähihaigete ühendus
23. Põhja-Eesti vähihaigete ühendus
24. Tehisuurisega haigete ühing ESTLICO
25. Pärnumaa vähiühing
26. Rinnavähihaigete selts
27. Rinnavähk BCF MTÜ
28. Saaremaa vähiühing
29. Viljandimaa vähihaigete tugirühm

Käesolevaga kinnitan, et olen korrektselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalikele töödele, lausetele, mõtetele, ideedele või andmetele.

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis Dspace.

/Kristiina Kästik/